N á z o v  H i p oc e n t r a, a d r e sa

POTVRDENIE

o absolvovní odbornej hipoterapeutickej praxe

Potvrdzujem že,........*meno,priezvisko*................nar.,........*dat.nar*........... absolvoval/a odbornú hipoterapeutickú prax pod vedením hipoterapeuta ...............*meno a priezvisko terapeuta +rok absolvovania kurzu a špecializacia*............... v ........*názov centra...............v* celkovom rozsahu .....Xhodín......v období .............*od-do dátum vykonávania praxe......*

Menovaná/ý získal prehľad o hipoterapii v praxi prevažne v oblasti................popísať či PPJ, HR, ŠJP

Dátum............ Podpis (+pečiatka)

VZOR textu

Potvrdzujem že Jana Janková nar. 8.4.1955 (rok absolvovania kurzu 2015) absolvovala odbornú hipoterapeutickú prax pod vedením hipoterapeuta Bc.Zuzany Zuzkovej (2000, PPJ) v OZ Konicek v celkovom rozsahu 50 hodín v období od1.1.2015 do 1.8.2015.

Menovaná získala prehľad o hipoterapii v praxi v našom centre prevažne v oblasti PPJ a športového jazdenia postihnutých.